

Das chronische Schmerzsyndrom

Zwischen „objektiv“ diagnostizierbaren Befunden und „subjektiver“ Schmerzempfindung gibt es oft nur einen losen Zusammenhang. Das erweist sich immer wieder in der klinischen Praxis, wird zunehmend auch in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Psychologische Verarbeitungsprozesse spielen für den Grad der Beeinträchtigung durch Schmerz eine entscheidende Rolle. Entsprechend hat sich in der Therapie chronischer Schmerzzustände das Behandlungsziel dahingehend verändert, dass die Minderung der Schmerzempfindung zugunsten der Minderung der Beeinträchtigungen in den Hintergrund tritt.

Somatoforme Schmerzsyndrome sind häufig das präsentierte Symptom emotionaler Konflikte und psychosozialer Probleme, die als solche von den Patienten nicht angemessen wahrgenommen oder erlebt werden; „die inadäquate Fokussierung auf körperliche Symptome dient der Verleugnung psychosozialer Probleme“ (Bass & Benjamin 1993). Mit dem Schmerz assoziiert ist eine intensive Suche nach somatischen Erklärungsmodellen, medizinischer Betreuung und persönlicher Zuwendung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung.

Es ist bei diesem komplexen Krankheitsbild deshalb unerlässlich, seine „Bedeutung“ als Kommunikationsmittel auch im familiären Kontext zu hinterfragen und die therapeutische Perspektive stärker auf die Funktion des Symptoms als auf seine Ursache zu legen.

Diagnose

Eine anhaltende (chronische) somatoforme Schmerzstörung liegt nach ICD 10 (F 45.4) vor, wenn ein Patient

- über mindestens sechs Monate andauernde schwere und quälende Schmerzen klagt,
- nach adäquat durchgeführten somatischen Untersuchungen kein Befund ausreichend vorliegt,
- emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren als ursächlich angesehen werden müssen,
- ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der Schmerzsymptomatik und einer psychosozialen Belastungssituation, einem kritischen Lebensereignis oder einer inneren Konfliktsituation nachweisbar ist.

Somatoforme Schmerzpatienten beschreiben die Lokalisation ihrer Schmerzen eher vage als genau, versehen diese eher mit affektiven als sensorischen Adjektiven und benennen typischerweise keine Unterschiede in der Schmerzintensität in Abhängigkeit vom Tagesverlauf und anderen be- oder entlastenden Faktoren. Keine somatoforme Schmerzstörung liegt vor bei Schmerzen aufgrund bekannter physiologischer Mechanismen, Schmerzen aufgrund psychophysiologischer Mechanismen und psychiatrischer Komorbidität.

Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt typischerweise vor dem 35. Lebensjahr, Frauen sind doppelt bis dreimal häufiger als Männer betroffen. Die Prävalenz wird je

nach Diagnosekriterien und Stichprobe mit bis zu 40% der Allgemeinpatienten angegeben.

Therapie

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich. Grundlage ist ein bio-psycho-soziales Schmerzverständnis aller Beteiligten, bei dem nicht vorschnell fachspezifische (Zufalls-) Befunde und Normvarianten dem Patienten als ursächlich relevant vermittelt werden.

Das Team der Rehaklinik Kandertal, Fachklinik für Familienrehabilitation, hat in den vergangenen Jahren im Zuge der Arbeit in der Fachklinik Glotterbad viele Erfahrungen in der systemisch orientierten Behandlung von (Teil-) Familien gesammelt. Sehr häufig steht dabei das Symptom Schmerz im Vordergrund. Der systemische Zugang zum Verständnis und damit verbunden neue Möglichkeiten seiner Veränderung haben sich sehr bewährt.

Das Erstgespräch dient in erster Linie zur Anbahnung einer tragfähigen Arzt/Therapeuten-Patient-Beziehung. Im Vorfeld haben die Patienten häufige Arztwechsel erlebt. Das Verhalten vieler Ärzte spielt bei der Chronifizierung von Schmerzzuständen leider eine nicht unerhebliche Rolle.

Bei der Schmerztherapie müssen die bisher erhobenen Befunde vorliegen, um organische Ursachen auszuschließen. Gegebenenfalls muss die Differentialdiagnostik ergänzt werden. Dem Patienten sollte die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände als selbstverständlich dargelegt werden.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren ist die biographische Anamnese. Nach Egle u. a. (1998) haben biographische Belastungsfaktoren eine Sensitivität und Spezifität von bis zu 90% in Abgrenzung zu organisch determinierten Schmerzen. Die biographische Anamnese wird unter systemischen Gesichtspunkten erhoben:

- Welche Einflussfaktoren wirken sich disponierend, auslösend und stabilisierend auf die Schmerzen aus?
- Wie stark ist der Grad der Beeinträchtigung?
- Welche eigenen Bewältigungsstrategien hat der Patient entwickelt?
- Welche eigenen Erklärungsmodelle hat der Patient?
- Welche „Funktion“ hat das Symptom Schmerz im sozialen System?
- Wie gehen wichtige Bezugspersonen und Beziehungspartner damit um?
- Wie gestaltet sich das Interaktionsverhalten des Patienten?

Bereits im Erstgespräch wird aber auch auf die Veränderbarkeit hingewiesen. Im weiteren Verlauf wird der Patient sehr aktiv in die Gestaltung seines Therapieplanes einbezogen.

Behandlung

Bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung stellt die Psychotherapie die Therapie der ersten Wahl dar, die durch entspannende und aktivierende Strategien der Schmerzbewältigung ergänzt wird.

Je nach Motivation, innerer Befindlichkeit und Introspektionsfähigkeit nimmt der Patient an der Psychotherapiegruppe der Klinik teil. Dies erweist sich im Sinne der „Psychisierung“ des Schmerzes und der Bewusstwerdung von Konflikten als sehr hilfreich.

Alle Schmerzpatienten nehmen an der Schmerzgruppe teil. Sie werden angehalten, für

max. 14 Tage ein Schmerztagebuch zu führen, das anschließend durch ein Emotions-tagebuch ersetzt wird. Multifaktorielle Erklärungsansätze zur Schmerzentstehung werden ermittelt und damit dem somatosensorischen Modell vieler Patienten entgegengewirkt. Es werden neue und aktive Bewältigungsstrategien entwickelt und geübt, wobei die Ressourcen der Patienten individueller Ausgangspunkt sind. Hierdurch wird entscheidend die eigene Selbstwirksamkeit-Überzeugung gestärkt. „Hausaufgaben“ zum Transfer des Erlernten in Alltagssituationen, kognitive Umattribuierung von „Schmerzfreiheit“ in „verminderte Beeinträchtigung“, die Auseinandersetzung mit dem Thema „Angst vor Veränderung“ und Stärkung aller Ansätze von Eigenaktivitäten kommen hinzu.

Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson gehört zu den bewährten Grundlagen der Schmerztherapie; die Lösung bestehender Muskelverspannungen, die sensorische Differenzierung zwischen An- und Entspannungsempfindungen und die Erhöhung der Schmerzschwelle durch Entwicklung eines angenehmen Körpergefühls machen diese Methode so effektiv. Zusätzlich werden gezielt hypnotherapeutische Schmerzformeln verwendet. Im Rahmen der Physiotherapie werden Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, Massagen, Bäder und Packungen je nach Schmerzlokalisierung eingesetzt. Neben der Muskelentspannung geht es um die Einübung neuer Bewegungsmuster, die Behebung schmerzbedingter Bewegungseinschränkungen und die Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Je nach Motivation und Bereitschaft des Patienten wird Akupunktur oder Akupressur zur Ergänzung der physiotherapeutischen Maßnahmen verwendet. Die Zilgreibehandlung als krankengymnastische Übungsbehandlung eignet sich gut zur Schmerzkontrolle. Sie besteht aus einfachen Übungsteilen, die dem Patienten eine aktive Schmerzbeeinflussung ermöglichen und sich auch gut zuhause weiterführen lassen.

Pharmakotherapie

Ein ernst zu nehmendes Problem bei Schmerzpatienten ist die Gefahr eines latenten/manifesten Medikamenten-missbrauchs; der im Einzelfall notwendige Medikamentenentzug stellt hohe Anforderungen an die Behandlung und den Patienten und ist durch intensive therapeutische Begleitung zu flankieren, in die auch das Umfeld des Patienten einbezogen sein muss.

Analgetika sind die wichtigste Substanzgruppe, die der Schmerzkontrolle dient. Es gilt der Grundsatz, nur wirksame Analgetika in wirksamer Dosierung zu verordnen; in der Regel empfiehlt sich ein festes Applikationsintervall zur Schmerzprophylaxe.

Die Sensibilisierung und das Bewusstwerden für psychische Konflikte und psychosoziale Probleme, die mit dem chronischen Schmerzsyndrom abgewehrt wurden, kann zu ernststen depressiven Verstimmungen führen. Die Gruppe der Antidepressiva (trizyklische) wirkt nicht nur gezielt stimmungsaufhellend, sondern wirkt hierüber auch indirekt schmerzreduzierend.

Zum Beispiel -Familie S.

Aufgenommen wird eine 39-jährige türkische Patientin mit einem Kind. Sie klagt über chronische Schmerzen im HWS- und LWS-Bereich, die in Arme und Hände ausstrahlen. Seit Jahren leidet sie auch unter Kopfschmerzen und Schwindelzuständen, völliger Erschöpfung, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Außerdem hat

sie Schlafstörungen.

Anamnestisch stellt sich zur Vorgeschichte heraus, dass die Patientin seit 20 Jahren verheiratet ist, fünf Kinder zu versorgen hat und halbtags arbeitet. Seit zwei Jahren hat sie zunehmend Eheprobleme sowie Erziehungsprobleme mit den älteren Kindern. Sie kann aber keinerlei Zusammenhang zu ihren Beschwerden herstellen.

Häufige Arztkontakte ergaben folgende Diagnosen:

Belastungsreaktion mit latenter Suizidalität (Psychiater), Angst- und Panikstörung mit Carcinophobie (Neurologe), chronisches Wirbelsäulensyndrom (Orthopäde).

Diagnostisch wurden u.a. EEG, MER des Schädels, Dopplersonographie der Carotiden und mehrere Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule eingesetzt. Diese Symptomatik führte darüber hinaus zu einem manifesten Schmerzmittelabusus.

Bereits im Aufnahmegespräch fällt eine deutliche Depressivität auf. In psychotherapeutischen Einzelgesprächen konnte sehr schnell ein Zusammenhang zwischen dem körperlichen Befinden und den häuslichen Konflikten erarbeitet werden. Sowohl im Erziehungsverhalten als auch in der Beziehung des Ehepaares untereinander gab es deutliche Konflikte, so dass der Ehemann der Patientin zusätzlich zu Paargesprächen in die Klinik eingeladen wurde. In diesen Gesprächen wurde deutlich, dass für das Paar durchaus eine tragfähige Basis vorhanden war, andererseits aber völlig frustrane Kommunikationsmuster und gegenseitige Enttäuschungen zu einer angespannten familiären Situation geführt haben. Es gelang, überhaupt wieder ein konstruktives Gespräch in Gang zu bringen, in dem Themen wie „unterschiedliche Erziehungsstile“ und „die Möglichkeiten, wieder an einem Strang zu ziehen“ angesprochen werden konnten. Darüber hinaus gelang es, die unterschiedlichen Wege, „als Paar Gemeinsamkeiten zu entwickeln“, nach Jahren erstmalig wieder zu thematisieren.

Die Patientin nahm an der indikativen Schmerzgruppe u.a. mit dem Ziel teil, wieder Freude am Leben zu entdecken und „etwas für sich zu tun“. Ein intensives balneophysikalisches Programm einschließlich einer speziellen Schmerztherapie (nach Zilgri) besserte die Beschwerden deutlich; in der Kunsttherapie entdeckte sie nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Gefühle; im autogenen Training lernte sie, sich aktiv zu entspannen, und sie nahm an einem vielfältigen und aktivierenden Bewegungsprogramm teil. Zur Verbesserung der „Eltern-Kind-Interaktion“ verordneten wir ein gemeinsames – für Mutter und Kind – Psychomotoriktraining.

Bei der Entlassung berichtete die Patientin, dass es ihr deutlich besser gehe, sie keine Schmerzen mehr verspüre – Schmerzmedikamente wurden im Verlauf der Behandlung nur zweimal benötigt –, und sie wieder mit einer neuen Perspektive in die Zukunft blicke. Auch nach unserer Einschätzung wirkte sie stimmungsmäßig deutlich aufgehellt.

Wir vermittelten für die ambulante Nachbehandlung die Anbindung an eine Erziehungsberatungsstelle und psychotherapeutische Paargespräche, die in größeren Abständen stattfinden sollten.

Kontakt:

Kur + Reha GmbH

Eggstraße 8

79117 Freiburg

Beratungsteam 0800 2 23 23 73

Firmentelefon 0761 / 4 53 90 - 0

E-Mail info@kur.org